

Fiche Individuelle de Renseignements

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Adhésion le : Sexe : M F

Nom et adresse de facturation :

Ecole : Enseignant : Classe :

L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée : OUI NON

Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour du carnet de santé

Allergies :

Recommandations des parents :

PARENTS DE L'ENFANT

| | Mère | Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/> | Père | Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|------|--|------|--|
| Nom, Prénom : | | | | |
| Adresse du domicile : | | | | |
| Tél. Domicile/Portable : | | | | |
| Courriel : | | | | |
| N° Sécurité sociale : | | | | |
| Catégorie socioprof. : | | | | |

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :

C.A.F. d'appartenance : CAF DE BESANCON Autre C.A.F.

Droit aides aux temps libres : OUI ___ NON ___

Revenu mensuel Nbre Enfants à charge :

Famille : Couple Monoparentale Accueil

NOM ET ADRESSE DES

| | Mère | Père |
|---------------------------|------|------|
| Nom employeur : | | |
| Adresse de l'employeur : | | |
| Téléphone Travail/Poste : | | |

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

| Nom/Prénom | Lien de parenté | N°Téléphone | Adresse |
|------------|-----------------|-------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) OUI NON

Médecin traitant : Nom : Téléphone

Adresse :

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Fait à , le Signature :